



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2011

---

## **Psychopathologische und komorbide Störungen inhaftierter Jugendlicher in Österreich**

Plattner, B ; Aebi, M ; Steinhausen, H C ; Bessler, C

**Abstract:** Considering that juvenile detainees are burdened by high rates of psychopathology and comorbidity, it is essential to develop a substantiated diagnostic procedure in order when making treatment decisions; different disorder patterns must be considered in conjunction with detained juveniles. The patterns of psychopathology observed might be related to different characteristics in the development of delinquent behavior, in treatment needs, and legal prognosis.

DOI: <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000113>

Other titles: Psychopathological and comorbid disorders of incarcerated adolescents in Austria

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-50644>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Plattner, B; Aebi, M; Steinhausen, H C; Bessler, C (2011). Psychopathologische und komorbide Störungen inhaftierter Jugendlicher in Österreich. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39(4):231- 241.

DOI: <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000113>

# **Psychopathologische und komorbide Störungen inhaftierter Jugendlicher in Österreich – Implikationen für einen jugendpsychiatrischen Versorgungsauftrag im Strafvollzug**

Belinda Plattner <sup>1</sup>

Marcel Aebi <sup>1</sup>

Hans – Christoph Steinhausen <sup>1,2,3</sup>

Cornelia Bessler <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Fachstelle für Kinder- und Jugendforensik am Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universität Zürich, Schweiz

<sup>2</sup> Aalborg Psychiatric Hospital, Aarhus University Hospital, Denmark

<sup>3</sup> Klinische Kinder- und Jugendpsychologie, Universität Basel, Schweiz

## **Zusammenfassung**

**Fragestellung:** Inhaftierte Jugendliche zeigen hohe Prävalenzraten an psychiatrischen Störungen und gehäuft psychiatrische Komorbidität. Im Strafvollzug tätige Kinder- und JugendpsychiaterInnen stehen vor der Versorgungsaufgabe und der Notwendigkeit, störungsspezifische Behandlungsansätze auszuarbeiten. Die in dieser Studie erhobenen psychiatrischen Störungen bei inhaftierten Jugendlichen wurden im Hinblick auf störungsspezifische Behandlungsaspekte geschlechtsspezifisch ausgewertet. **Methodik:** Das Mini International Neuropsychiatric Interview für Kinder und Jugendliche wurde angewandt, um die Psychopathologie bei in Österreich inhaftierten Jugendlichen zu erheben. Die endgültige Stichprobe umfasste 333 Jugendliche (58 Mädchen und 275 Jungen). **Ergebnisse:** 90% der inhaftierten Jugendlichen litten an mindestens einer psychiatrischen Störung, über 60% zeigten zwei oder mehr koexistierende Störungsbilder. Mittels Faktorenanalyse wurden für männliche Jugendliche drei klinisch relevante Störungsmuster anhand von psychopathologischen Merkmalen ausgearbeitet: ADHS/Störung des Sozialverhaltens und Drogenmissbrauch; Angst und Depression; Trennungsangst/PTBS und Alkoholmissbrauch. Für weibliche Jugendliche ergaben sich vier Störungsmuster: Trennungsangst/ Sozialphobie/ Dysthymie; PTBS und Drogenmissbrauch in Kombination mit entweder ADHS oder Störung des Sozialverhaltens; Depression und Alkoholmissbrauch. **Schlussfolgerungen:** Aufgrund der hohen Raten an Psychopathologien bei inhaftierten Jugendlichen ist eine umfassende und strukturierte Diagnostik unerlässlich für die weitere Behandlungsentscheidung, da bei inhaftierten Jugendlichen verschiedene Störungsmuster berücksichtigt werden müssen. Die gefundenen Störungsmuster könnten im Zusammenhang mit der Entstehung delinquenten Verhaltens, mit unterschiedlichen Behandlungsbedürfnissen und mit dem Risiko für erneute Delikte wichtig sein.

## **Einleitung**

Geprägt von den ersten Berichten zu dem Thema Jugendkriminalität, die vor allem entwicklungsgeschichtliche und pädagogische Aspekte beschrieben (z.B. August Aichhorn, 1925), fokussierte die Forschung im jugendforensischen Bereich während einigen Dekaden fast ausschließlich auf die Erfassung von umweltbedingten und individuellen Risikofaktoren (Rutter et al., 1998). Erst in den letzten Jahren hat sich eine neue Forschungsrichtung gebildet, die sich vorrangig mit psychiatrischen Störungsbildern bei inhaftierten Jugendlichen befasst. Die ersten in den USA entstandenen Forschungsberichte zeigten hohe Raten an psychiatrischen Störungen bei jugendlichen Inhaftierten auf (Chiles et al., 1980; Kashani et al., 1980; McManus et al., 1984). Seither konnte eine Reihe von internationalen Studien diese Ergebnisse bestätigen (Vermeiren et al., 2006), so dass davon ausgegangen werden muss, dass es sich bei in Haft befindlichen Jugendlichen um ein psychiatrisch hoch belastetes Klientel handelt.

Die Bedeutung dieser Ergebnisse sind vielschichtig, denn es gilt einerseits dem Bedürfnis der betroffenen Jugendlichen nach Behandlung gerecht zu werden und andererseits die gesellschaftspolitischen Fragen zu dem von jugendlichen Straftätern ausgehenden Risiko vor dem Hintergrund der Erkenntnisse neu aufzugreifen (Bessler et al., 2010). Die American Academy of Child and Adolescent Psychiatry formulierte in ihrem 2005 veröffentlichten Leitfaden für die Diagnostik und Behandlung von psychiatrischen Störungen bei inhaftierten Jugendlichen, dass aufgrund der vorliegenden Ergebnisse einerseits inhaftierte Jugendliche mittels standardisierter Instrumente auf psychiatrische Störungen untersucht werden sollten und andererseits eine jugendpsychiatrische Behandlung in Hafteinrichtungen für Jugendliche ermöglicht werden müsse (Penn & Thomas, 2005).

Im Sinne dieses Anspruchs wurden in den letzten Jahren einige spezialisierte forensische kinder- und jugendpsychiatrische Institutionen geschaffen, die mit der Aufgabe der Betreuung von jugendlichen Gefängnisinsassen betraut wurden. Der klinische Alltag im Vollzug gestaltet sich jedoch schwierig, denn nicht nur sind Jugendstraftäter psychiatrisch

hoch auffällig, sondern sie leiden zumeist an einigen nebeneinander koexistierenden Störungsbildern (Abram et al., 2003). Zudem fokussierte der bisherige wissenschaftliche Diskurs zu psychischen Störungen bei inhaftierten Jugendlichen vorwiegend auf den Vergleich von Prävalenz- und Komorbiditätsraten in unterschiedlichen Stichproben von jugendlichen Häftlingen. Diese Diskussion ist zwar von brisanter gesellschaftspolitischer Relevanz, hat jedoch bisher wenig zur Verbesserung der strukturierten klinischen Versorgung von jugendlichen Insassen beigetragen. Es müssen nun neue Ansätze gefunden werden, in denen versucht wird, die gefundenen Ergebnisse im Hinblick auf klinische Aspekte zu interpretieren und die Entwicklung von störungsspezifischen Behandlungsansätzen bei diesem multimorbiden Klientel voranzutreiben.

Die hier vorgestellte Studie an in Wien inhaftierten Jugendlichen wurde einerseits durchgeführt, um die Prävalenz und Komorbidität psychiatrischer Störungen bei in Österreich inhaftierten Jugendlichen zu erfassen und somit die Übertragbarkeit der Ergebnisse von internationalen Studien zur Psychopathologie bei Jugendstraftätern auf den deutschen Sprachraum zu überprüfen. Andererseits war es ein Ziel, klinisch relevante Störungsmuster bei jugendlichen Inhaftierten auszuarbeiten und somit praktisch-klinische Aspekte zu berücksichtigen. Aufgrund der wissenschaftlichen Vorerkenntnisse, dass inhaftierte weibliche und männliche Jugendliche Unterschiede in ihrem psychopathologischen Profil zeigen (Fazel et al., 2008), wurden die Analysen geschlechtsspezifisch durchgeführt.

## **Methodik**

### **Stichprobe**

Die Datenerhebung fand in den Jugendabteilungen der Justizanstalt Wien - Josefstadt (JA Josefstadt) statt. Die JA Josefstadt ist Österreichs größte Haftanstalt und deckt den Untersuchungshaftvollzug, Kurzstrafhaftvollzug und Massnahmenvollzug bis zu einer Haftdauer von bis zu 18 Monaten ab. Für den Jugendvollzug sind an der JA Josefstadt zwei Jugendabteilungen (Insassen vom 14. bis zum 17. Lebensjahr) und vier Abteilungen für junge Erwachsene (Insassen vom 18. bis zum 21. Lebensjahr) zuständig.

Die Stichprobe unserer Studie umfasste männliche und weibliche Jugendliche zwischen dem 14. und dem 21. Lebensjahr, die zwischen März 2003 und Januar 2005 in der JA Josefstadt inhaftiert wurden. Die Einschlusskriterien der Studie waren ausreichende Lese- und Rechtschreibkenntnisse und eine ausreichende Kenntnis der deutschen Sprache, um Selbstbeurteilungsfragebögen ausfüllen und das diagnostische Interview verstehen und beantworten zu können. Die Ausschlusskriterien waren ausgeprägte organmedizinische Erkrankungszustände (wie zum Beispiel ein akutes Stadium einer HIV Infektion, einer Hepatitis oder einer anderen Infektionskrankheit) und/ oder neurologische Erkrankungen (wie zum Beispiel Epilepsie, ein maßgebliches Schädel-Hirntrauma, oder andere chronische oder akute neurologische Erkrankungen, wie multiple Sklerose oder zerebrale Neoplasien), geistige Retardierung und Symptome einer psychotischen Störung zum Zeitpunkt der Datenerhebung. Jede/r Jugendliche, die/ der in die JA Josefstadt eingewiesen wurde, wurde als Teil der Eintrittsuntersuchung einer psychiatrisch-medizinischen Untersuchung unterzogen. Die Einschluss- und Ausschlusskriterien der Studie wurden als Teil dieser klinischen Untersuchung erhoben (interner, neurologischer und psychopathologischer Befund). Die Untersuchung der Teilnehmer im Rahmen der Studie wurde von drei Assistenzärzten/Innen in Ausbildung zum/zur Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführt.

Die Jugendlichen wurden innerhalb eines Zeitraums von bis zu vier Tagen nach ihrer Aufnahme in die JA Josefstadt eingeladen, an der Studie teilzunehmen. Der Inhalt und Zweck der Studie wurden erklärt und die Vertraulichkeit wurde zugesichert (außer im Falle akuter Selbst- oder Fremdgefährdung). Die Studienteilnehmer unterzeichneten eine Einverständniserklärung. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Universität bewilligt.

### **Instrumente**

Im Rahmen der klinischen Untersuchung wurden bei allen Studienteilnehmern demographische Daten wie Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit und schulische Laufbahn erhoben.

### **Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI – KID)**

Das MINI - KID ist ein strukturiertes, klinisch diagnostisches Interview, das entworfen wurde, um psychiatrische Störungen nach DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) und ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th Revision) bei Kindern und Jugendlichen in einer verständlichen und prägnanten Weise zu untersuchen (Sheehan et al., 2010). Das MINI – KID folgt in Struktur und Format der Erwachsenenform des Interviews (Sheehan et al., 1998). Folgende Störungsbereiche werden untersucht: Affektive Störungen, Angststörungen, Substanzmissbrauchsstörungen und Abhängigkeit, Psychotische Störungen und Essstörungen, sowie relevante kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosen wie Trennungsangst, hyperkinetische Störung (ADHS), Störung des Sozialverhaltens und tiefgreifende Entwicklungsstörungen. Das MINI – KID zeigte eine gute Reliabilität und Übereinstimmungsvalidität im Vergleich mit dem Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children - Present and Lifetime Version (Sheehan et al., 2010).

Das MINI – KID Interview wurde innerhalb von vier Tagen nach Eintritt in die Haft durchgeführt, um Störungen zu erfassen, die bereits *vor* der Haft bestanden hatten und um zu vermeiden, dass die Erhebung von Psychopathologie durch psychopathologische Reaktionen auf die Haft beeinträchtigt und verzerrt wird. Insbesondere, da das MINI – KID zeitliche Aspekte in der Fragestellung berücksichtigt, kann mit dem Instrument eine derartige Verzerrung vermieden werden. Hier einige Beispiele: Major Depressive Episode: „*In den letzten zwei Wochen*, hast Du dich traurig oder deprimiert gefühlt...? Hast Du dich einen *Grossteil des Tages* und *fast jeden Tag* so gefühlt; Dysthymie: Hast Du dich *im vergangenen*

*Jahr die meiste Zeit traurig oder deprimiert gefühlt...?; Generalisierte Angst: In den letzten 6 Monaten warst Du oft besorgt oder warst Du nervös?*

### **Statistische Auswertung**

Die erhobenen Daten wurden mit dem Statistical Package for Social Sciences Version 14 (SPSS Inc, Chicago, IL) analysiert. Die dichotomen Daten der vorliegenden psychiatrischen Diagnosen wurden mittels einer explorativen Faktorenanalyse für die weiblichen und die männlichen Insassen getrennt untersucht. Aufgrund der Fragestellung wurde eine Hauptkomponentenanalyse (Principle Component Analyses; PCA) mit anschließender Varimax-Rotation durchgeführt, um die relevanten psychopathologischen Dimensionen pro Geschlecht zu erfassen. Dazu wurden die dichotomen Variablen mit 0 und 1 codiert und die den Daten zugrundeliegende Korrelationsmatrix analysiert. Zur Extraktion der Faktoren wurden Cattell's Screen Test und das Kaiser-Kriterium (Eigenwert  $>1$ ) herangezogen. In der Literatur wird der Einsatz von PCA bei dichotomen Daten kritisch diskutiert (z.B. Mouthén, 1984). Mögliche Verzerrungen in Richtung zu vieler ermittelter Faktoren erscheinen jedoch gering (Foster et al., 2006) und ein Einsatz von PCA als explorative Methode zur Faktorenextraktion erscheint somit gerechtfertigt.

### **Stichprobe**

Von den 370 Jugendlichen, welche die Einschlusskriterien erfüllten, verweigerten 8 Jugendliche die Teilnahme, 23 wurden aus der Haft entlassen, bevor das strukturierte Interview durchgeführt werden konnte und bei 6 Jugendlichen waren die mittels Mini-Kid erhobenen Daten unvollständig. Die endgültige Stichprobe enthielt insgesamt 333 Jugendliche, davon 58 (17.4%) weibliche Probanden mit einem Durchschnittsalter von 17.8 Jahren ( $SD = 1.7$ ) und 275 (82.6%) männliche Probanden mit einem Durchschnittsalter von 16.5 Jahren ( $SD = 1.3$ ). Die Geschlechter unterschieden sich bezüglich Alter signifikant ( $t = 5.80$ ,  $df = 70.5$ ,  $p < 0.001$ ). Die Anlassdelikte für die Untersuchungshaft sind in Tabelle 1 aufgelistet.

### **Ergebnisse**



## **Prävalenz psychischer Störungen**

Die Häufigkeiten der psychiatrischen Störungen zum Erhebungszeitpunkt sind in Tabelle 2 für die Gesamtstichprobe und getrennt für die männlichen und weiblichen Probanden ersichtlich. Knapp 90% der Jugendlichen in der untersuchten Stichprobe erfüllten zum Erhebungszeitpunkt die DSM-IV Kriterien für mindestens eine psychische Störung. Auch wenn die Störung des Sozialverhaltens, welche per Definition in einer forensischen Stichprobe gehäuft auftritt, unberücksichtigt bleibt, sind 78.4% der jugendlichen Insassen von einer psychischen Störung betroffen.

Insgesamt litten 57.7% der Jugendlichen an einer Substanzmissbrauchsstörung, davon die meisten an einem schädlichen Gebrauch oder einer Abhängigkeit von Drogen (53.5%). 45% der Jugendlichen litten unter einer Angststörung, welche auch die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), die 30% der Gesamtstichprobe betrifft, einbezieht. 12.3% der Gesamtstichprobe wiesen zum Untersuchungszeitpunkt keine psychische Störung auf.

Insgesamt sind die weiblichen Insassen etwa gleich häufig von psychischen Störungen betroffen (OR = 1.05), wobei sie etwas weniger Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), jedoch deutlich mehr Substanzmissbrauchsstörungen als die männlichen Insassen aufweisen. Die Ergebnisse weisen im Weiteren darauf hin, dass die weiblichen im Vergleich zu den männlichen Probanden ein über dreimal höheres Risiko bezüglich einer PTBS, ein etwa doppelt so hohes Risiko bezüglich einer sonstigen Angsterkrankung und ein etwa 1.5-fach höheres Risiko bezüglich einer affektiven Störung zeigen (Tabelle 2).

## **Psychiatrische Komorbiditäten**

Wenn man die komorbiden Störungen - kategorisiert in Störungen des Sozialverhaltens/ADHS, Substanzmissbrauchsstörungen, affektive Störungen und Angststörungen - in Betracht zieht, zeigt sich, dass 65.8% der Jugendlichen zum Zeitpunkt ihrer Inhaftierung die Diagnosekriterien von mindestens zwei Störungskategorien, 35.7% die Diagnosekriterien von mindestens drei Störungskategorien und 13.2% die Diagnosekriterien

aller vier erhobenen Störungskategorien erfüllten (Tabelle 2). Die Abbildung 1 und 2 zeigen die Überlappungen der Störungskategorien separat für die männlichen und weiblichen Jugendlichen in Form eines Venn-Polyomino-Diagramms. In dieser Variante eines Mengendiagramms für vier unabhängige Störungskategorien sind die absoluten und relativen Häufigkeiten aller möglichen Überschneidungen in Form von Quadraten und Rechtecken dargestellt. Die weiblichen zeigen im Vergleich zu den männlichen Probanden gehäuft 3-4-fach multiple psychiatrische Störungen, insbesondere in Form von kombinierten Angst-/ , Substanzmissbrauchsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens.

### **Störungsmuster (Psychopathologische Dimensionen)**

In einem zweiten Schritt wurden die mit dem MINI-KID erhobenen Diagnosen einer explorativen Faktorenanalyse unterzogen, um relevante psychopathologische Dimensionen in Unabhängigkeit von den bisher gewählten psychiatrischen Kategorien für Jungen und Mädchen getrennt zu erfassen. In Tabelle 3 sind die rotierten Lösungen der Faktorenanalysen für die männlichen und weiblichen Jugendlichen mit den entsprechenden Faktorladungen größer .40 abgebildet.

Bei den männlichen Jugendlichen ergaben sich drei Faktoren, welche insgesamt 49.3% der Varianz erklären konnten. Alle erhobenen Störungsbilder konnten einem spezifischen Faktor zugeordnet werden. Die drei gefundenen Dimensionen können mit ADHS/ Störung des Sozialverhaltens und Substanzmissbrauchsstörung (1), Angst/Depression (2) und PTBS/ Trennungsangst und Substanzmissbrauchsstörung (3) umschrieben werden, wobei sich Drogenmissbrauch der ersten und Alkoholmissbrauch der dritten Dimension zuordnen ließen. Bei den Mädchen zeigt sich mit den vier gefundenen Faktoren, welche 59.68% Gesamtvarianz aufklären, ein komplexeres Bild der vorhandenen Psychopathologie. Zwei psychiatrische Störungsbilder ließen sich nicht eindeutig einem einzelnen Faktor zuordnen. PTBS sowie Drogenmissbrauch können entweder mit Störungen des Sozialverhaltens oder Aufmerksamkeitsstörungen vorkommen. Alkoholmissbrauch bildet mit der dysthymen Störung eine eigene Dimension und ist nicht wie bei den Jungen mit PTBS assoziiert.

## **Diskussion**

In Übereinstimmung mit internationalen Studien fanden wir hohe Prävalenzraten an Psychopathologien bei jugendlichen Inhaftierten in Österreich (Fazel et al., 2008, Vermeiren et al., 2006). 90% der an der JA Josefstadt in Haft angehaltenen Jugendlichen litten an zumindest einer psychischen Störung. Auch wenn die Störungen des Sozialverhaltens unberücksichtigt blieben, waren 78% der Jugendlichen von einer psychischen Störung betroffen. Die hohen Raten an Psychopathologien betrafen beide Geschlechter, wobei die weiblichen im Vergleich zu den männlichen Jugendlichen signifikant höhere Prävalenzraten an Drogenmissbrauchsstörungen, affektiven Störungen und Angststörungen wie Trennungsangst, Generalisierte Angst und PTBS zeigten.

In Übereinstimmung mit internationalen Studien zeigten die in Wien inhaftierten Jugendlichen gehäuft psychische Komorbiditäten (Abram et al., 2003), wobei sich die weiblichen Jugendlichen als belasteter erwiesen. Mehr als 60% der männlichen und 80% der weiblichen Jugendlichen litten an mindestens zwei zur selben Zeit bestehenden psychischen Störungen, 60% der weiblichen Jugendlichen litten sogar an drei oder mehr zur selben Zeit bestehenden Störungen. Die vorhandenen multiplen Störungen bei den weiblichen Jugendlichen umfassen zudem mehr affektive Störungen und Angsterkrankungen. Diese Ergebnisse decken sich mit der internationalen Literatur (Dixon et al., 2004, McCabe et al., 2002, Sevecke et al., 2009). Die Erklärungsmodelle für die geschlechtsspezifischen Unterschiede in psychopathologischen Profilen von inhaftierten Jungen und Mädchen sind komplex und multimodal und berücksichtigen die Ausführung der Rechtsprechung (Poe-Yamagata & Jones, 1996), psychosoziale Belastungen (McCabe et al., 2002) sowie Unterschiede in der Delinquenzentwicklung (Lenssen et al., 2000). Einerseits zeigen Studien, dass Mädchen häufig erst nach schwerem und wiederholtem deliktischen Verhalten in Haft genommen werden, während bei Jungen eine Inhaftierung auch bei leichteren oder Erstdelikten ausgesprochen wird. Hiermit wird bei inhaftierten Mädchen eine Selektion von psychiatrisch schwerstkranken Mädchen getroffen. Andererseits wird beschrieben, dass inhaftierte

10

Mädchen häufiger Traumatisierungen und Missbrauch ausgesetzt waren als inhaftierte Jungen und somit höhere Raten an traumatisch bedingter und internalisierender Psychopathologie erwartbar sind. Ferner wird argumentiert, dass offenes delinquentes Verhalten bei Mädchen „geschlechtsuntypisch“ ist, da Mädchen eher zu verdeckter, sozialer und interpersoneller Gewalt neigen. Mädchen, die somit ausgeprägte Aggression und externalisierendes Verhalten zeigen, werden somit als psychiatrisch höher belastet eingestuft.

Die Existenz von koexistenten Störungen bei jugendlichen Häftlingen stellt eine bedeutsame Herausforderung im Jugendvollzug dar und vor dem Hintergrund der klinisch komplexen Problematik scheint eine geschlechts- und störungsspezifische Behandlung in den meisten Fällen nicht realisierbar. Wir haben daher in unserer Stichprobe mittels Faktorenanalyse die in Jungen und Mädchen erhobenen Daten separat auf relevante Störungsmuster hin analysiert, um ein besseres Verständnis der Störungszusammenhänge zu erhalten.

Bei den männlichen Jugendlichen fanden wir drei durch ihre psychopathologischen Merkmale definierte Störungsmuster: Das erste Störungsmuster umfasst die Störung des Sozialverhaltens, die ADHS und die Drogenmissbrauchsstörung. Es ist davon auszugehen, dass männliche Jugendliche mit einer hohen entsprechenden Belastung schon seit ihrer Kindheit im Rahmen einer ADHS soziale und leistungsbezogene Defizite zeigten (Mannuzza & Klein, 2000). In der Jugend treten dann bei den Betroffenen deutlich gehäuft dissoziale Verhaltensprobleme auf (Barkley et al., 1990; Loeber et al., 1994). Der parallel zu den Störungen bestehende Drogenmissbrauch kann einerseits ein Effekt der mit Störung des Sozialverhaltens und ADHS assoziierten Sozialisationsstörung sein, andererseits eine Form inadäquater Selbstbehandlung (Retz et al., 2007). Gemäß verschiedener Studien haben Jugendliche mit diesem Störungsmuster eine hohe Wahrscheinlichkeit, erneut deliktisches Verhalten zu zeigen und mehrfach inhaftiert zu werden (Moffitt, 1993, Plattner et al., 2009, Vermeiren et al., 2002).

Ein zweites relevantes Störungsmuster bei den männlichen Jugendlichen umfasst Angsterkrankungen und Depressionen. Der Zusammenhang zwischen Depression, Angst und antisozialem Verhalten ist unklar, wobei in der Literatur diskutiert wird, dass in der Entstehung von Angst und Depression ähnliche psychosoziale Risikofaktoren wie in der Entstehung von antisozialem Verhalten involviert sind (Fergusson et al., 1996). Das gemeinsame Auftreten von delinquenten und emotionalen Symptomen wird im ICD-10 durch die kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (ICD-10: F92) berücksichtigt. Hier wird ein Zusammenhang zwischen aggressivem, dissozialem oder aufsässigem Verhalten mit Symptomen von Angst und Depression in der Kindheit beschrieben, welcher möglicherweise auch im Jugendalter von Bedeutung ist. So sind bei der Erfassung depressiver Störungen im Jugendalter mittels Youth Self Report (YSR, Achenbach 1991) nicht nur wie erwartet die Skalen „sozialer Rückzug“ und „Angst/Depression“ bedeutsam, sondern auch die Skala „Delinquenz“ besitzt eine diagnostische Relevanz (Aebi, Winkler Metzke & Steinhausen, 2009).

Manche Autoren führen jedoch an, dass es sich bei Jugendlichen mit Angst und Depression um diejenigen handelt, welche mit internalisierenden Symptomen auf den Stressfaktor Haft reagieren (Kashani et al., 1980, Ulzen & Hamilton, 1998). Dieses Erklärungsmodell ist jedoch bei korrekter methodischer Durchführung von Studien unzulänglich. Einerseits ist es nicht erwartbar, dass die Betroffenen die Kriterien nach ICD-10 oder DSM-IV für Angsterkrankungen und Depressionen nur in Folge von Stressreaktionen erfüllen. Andererseits müssen auch die zeitlichen Kriterien berücksichtigt werden. Somit ist eine Befragung zu Beginn der Haft ratsam, um ein Bestehen der Störung (auch vor der Haft) zeitlich erfassen und somit eine korrekte Diagnose treffen zu können.

Ungeachtet der Ursache der depressiven Störungen bei inhaftierten Jugendlichen zeigen diese ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko (Plattner et al., 2007). Bezüglich Risiko erneuter Delikte bestehen Hinweise, dass eine Depression bei inhaftierten Jungen als protektiver Faktor wirksam sein könnte (Vermeiren et al., 2002).

Das dritte Störungsmuster bei den männlichen Jugendlichen umfasst die PTBS, Trennungsängste und Alkoholmissbrauch. Es gibt eine Reihe von Studien, die hohe Raten an Traumatisierungen und PTBS bei Jugendstraftätern beschrieben haben (Carrion & Steiner, 2000, Plattner et al., 2003, Ruchkin et al., 2002, Steiner et al., 1997). Einerseits entstammen jugendliche Delinquente oft schwierigen familiären Verhältnissen und erleben gehäuft häusliche Gewalt, andererseits kommt es häufig auch zur Sekundärtraumatisierung im Rahmen des antisozialen Lebensstils. Trennungsängste können ein Zeichen unsicherer frühkindlicher Bindungen sein und sind somit häufig mit dysfunktionalen familiären Mustern vergesellschaftet. Jugendliche mit diesen Störungsbildern könnten geneigt sein, Alkoholmissbrauch als maladaptive Coping-Strategie bei wiederkehrenden Erinnerungen und Ängsten einzusetzen, und es besteht hier die Gefahr einer Suchtentwicklung bei belasteter persönlicher Entwicklung vor dem Hintergrund unverarbeiteter traumatischer Erlebnisse (Crimmins et al., 2000).

In der weiblichen Stichprobe konnten vier relevante Störungsmuster gefunden werden. Das erste Störungsmuster bei den weiblichen Jugendlichen zeichnet sich durch dysthyme Stimmung, generalisierte Angst, soziale Ängste und Trennungsängste aus. Es ist davon auszugehen, dass weibliche Jugendliche mit diesem Störungstypus negative frühkindliche Bindungserfahrungen gemacht haben, eine generalisierte Angstbereitschaft zeigen und abhängige Beziehungsmuster bei gleichzeitiger sozialer Desintegration aufweisen. Hinweise in der Literatur verweisen darauf, dass gerade ängstliche weibliche inhaftierte Jugendliche eine ungünstige Prognose in Bezug auf die Begehung von weiteren Delikten zeigen (Copeland et al., 2007, Plattner et al., 2009). Eine mögliche Erklärung für dieses Phänomen könnte sein, dass kriminelle weibliche Jugendliche eine besondere Vulnerabilität haben, dysfunktionale Partnerschaften einzugehen (Bardone et al., 1996) und einen antisozialen Partner zu wählen (Robins & Regier, 1991). Soziale Dysfunktion und Trennungsängste könnten insbesondere beeinträchtigend wirken, wenn es darum geht, nach der Haft diese

Verbindungen abubrechen und könnten somit bei straffälligen Mädchen die Fähigkeit minimieren, ein gesundes psychosoziales Umfeld aufzubauen (Campell, 1991).

In dem zweiten und dritten Störungsmuster finden sich weibliche Jugendliche, die an einer PTBS im Zusammenhang mit entweder Störung des Sozialverhaltens oder ADHS leiden und Drogen missbrauchen. Traumatische Erfahrungen, wie innerfamiliärer Missbrauch oder auch die Beobachtung von innerfamiliärer Gewalt, sind klare Risikofaktoren für PTBS bei inhaftierten Mädchen (Horowitz et al., 1995). Ebenso besteht ein Zusammenhang zwischen frühkindlichem Trauma und der Entwicklung delinquenten Verhaltens bei Mädchen (Caffman et al., 1998, Widom, 1989). Während Störungen des Sozialverhaltens in der Allgemeinbevölkerung deutlich häufiger bei männlichen Jugendlichen auftreten, finden wir bei weiblichen Jugendlichen in Gefängnispopulationen zumeist ähnlich hohe Prävalenzraten wie bei den männlichen Jugendlichen (Fazel et al., 2008). Es wird diskutiert, dass Mädchen eine größere genetische und umweltbedingte Last benötigen, um externalisierende Störungen zu entwickeln (Loeber & Keenan, 1994, Webster-Stratton, 1996). Eine kürzlich veröffentlichte longitudinale Studie zeigte ferner, dass Mädchen, die an einer ADHS leiden, eine hohe Wahrscheinlichkeit zeigen, antisoziales Verhalten und Drogenmissbrauch zu entwickeln (Biederman et al., 2010). Der Substanzkonsum kann bei den Betroffenen ähnlich wie bei den Jungen als Ausdruck einer dissozialen Sozialisation oder inadäquaten Selbstmedikation gedeutet werden. Die weiblichen Jugendlichen mit diesem Störungsmuster zeigen im Vollzug ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko (Plattner et al., 2007). Obwohl bisher bei weiblichen Jugendlichen kein Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen externalisierenden Störungen und Rückfall gefunden werden konnte (Hipwell & Loeber, 2006, Plattner et al., 2009; Stattin & Magnusson, 1990; Tremblay et al., 1992), besteht bei den betroffenen weiblichen Jugendlichen die Gefahr einer ungünstigen Persönlichkeitsentwicklung mit emotionaler Abstumpfung, Vermeidungsverhalten und sich aufdrängenden Erinnerungen bei gleichzeitiger antisozialer Grundeinstellung, Impulsivität und Drogenkonsum.

Ein viertes Störungsmuster umfasst weibliche Jugendliche mit Depression in Verbindung mit Alkoholmissbrauch. Es besteht allgemeiner Konsensus darüber, dass Depressionen die häufigsten komorbiden Störungen bei Alkoholmissbrauchsstörungen, insbesondere bei weiblichen Jugendlichen und später bei erwachsenen Frauen mit Alkoholabhängigkeit darstellen. Obwohl die genauen Zusammenhänge unklar sind, gibt es Hinweise dafür, dass depressive Mädchen häufig zu Alkohol als Bewältigungsstrategie greifen und wiederum der Alkoholkonsum eine depressionserhaltende Wirkung zeigt (Schulte et al., 2009). Die betroffenen Mädchen sind nicht nur gefährdet, eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln, sondern auch wichtige psychosoziale Entwicklungsanpassungen nicht zu erreichen und eine allgemein deutlich beeinträchtigte Entwicklung zu nehmen.

Obwohl die Ergebnisse der vorliegenden Studie mit anderen Studien übereinstimmen, sind einige Einschränkungen der Studie zu diskutieren. Die Stichprobe ist auf inhaftierte Jugendliche begrenzt und es ist unsicher, ob die Ergebnisse bei delinquenten, nicht inhaftierten Jugendlichen replizierbar wären. Ein Einschlusskriterium unserer Studie war die Kenntnis der deutschen Sprache in Wort und Schrift, somit konnte die Psychopathologie bei nicht – deutschsprachigen in Österreich inhaftierten Jugendlichen nicht erfasst werden. Es ist jedoch gerade in dieser Population mit hohen Raten an Psychopathologie, insbesondere traumatisch bedingter zu rechnen, wie beispielsweise Studien bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen zeigen (Huemer et al., 2009). Die vorliegenden geschlechtsspezifischen Ergebnisse sind aufgrund der kleinen Stichprobe der Mädchen mit Vorsicht zu interpretieren, vor allem weil hierdurch die Möglichkeit, psychopathologische Zusammenhänge zu erkennen, reduziert war. Weiter waren die inhaftierten Mädchen signifikant älter als die inhaftierten Jungen, so dass nicht auszuschließen ist, dass ein Alterseffekt für die gefundenen geschlechtsspezifischen Störungsmuster mitverantwortlich war. Die Psychopathologie wurde nur anhand der Information durch die Jugendlichen erhoben. Es lagen keine Drittinformationen durch Lehrer, Betreuungspersonen oder Eltern vor. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass im Jugendalter in der Regel die Jugendlichen

15



selbst die besten Informanten, vor allem hinsichtlich internalisierter Störungen sind, während bei externalisierenden Störungen eher die Eltern zuverlässige Informationen liefern (Salbach-Andrae et al., 2009). Dieser Informantenunterschied dürfte für die hier untersuchten Jugendlichen allerdings eine geringere Bedeutung spielen, zumal die Inhaftierung auch für die Wahrnehmung der externalisierenden Störungen gesorgt haben dürfte. Wir haben auf die Erfassung von Persönlichkeitsstörungen verzichtet, da gemäß ICD-10 die Stellung der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor dem 17. Lebensjahr als unangemessen beurteilt wird und ein wesentlicher Teil unserer Stichprobe unter dieser Altersgrenze liegt. Es gibt jedoch Hinweise in der Literatur, dass delinquente Jugendliche höhere Raten an Persönlichkeitsentwicklungsstörungen zeigen als die jugendliche Normpopulation, dass es bezüglich Persönlichkeitsvariablen geschlechtsspezifische Unterschiede bei jugendlichen Inhaftierten gibt und dass Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsvariablen und Psychopathologie bestehen (Krischer, 2007). Abschließend ist zu erwähnen, dass die durchgeführte Faktorenanalyse jeweils nur Störungsdimensionen und somit Störungsmuster beschreibt, aber nicht zwischen Gruppen in der Stichprobe unterscheidet.

Den erörterten Einschränkungen der Studie steht jedoch eine Reihe von Stärken der Studie gegenüber. Es handelt sich um eine der umfassendsten Studien an inhaftierten Jugendlichen im deutschsprachigen Raum. Bei nur geringen Ausfallsraten ist die Stichprobe relativ groß. Die Ergebnisse eröffnen neue klinische und wissenschaftliche Perspektiven und Diskussionsansätze.

### **Schlussfolgerung**

Inhaftierte Jugendliche sind psychisch hoch belastet und die Diagnostik und Behandlung dieser Klientel stellt nicht zuletzt vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Verantwortung eine große Herausforderung dar. Die Ergebnisse dieser Studie unterstreichen, dass eine kinder- und jugendpsychiatrische forensische Versorgung inhaftierter Jugendlicher eine dringende Notwendigkeit darstellt. Es erscheint ferner unabdingbar, dass bei der Entwicklung eines effizienten Betreuungs- und Behandlungsprogramms, das darauf abzielt, dem

Versorgungsaspekt gleich wie dem Präventionsaspekt gerecht zu werden, wissenschaftliche Erkenntnisse einbezogen werden. Diese Forderung beinhaltet einerseits die Notwendigkeit einer standardisierten psychiatrischen Diagnostik bei Eintritt in die Haft, andererseits die Erarbeitung störungsspezifischer Behandlungsansätze, insbesondere vor dem Hintergrund der komplexen psychopathologischen Störungsmuster. Die in unserer Stichprobe erarbeiteten Störungsmuster deuten darauf hin, dass Jugendliche in Haft in Bezug auf geschlechtsspezifische dominierende Störungsmuster unterschiedliche Behandlungsbedürfnisse aufweisen, hier sowohl in psychopharmakologischer, psychotherapeutischer als auch milieutherapeutischer Hinsicht. Weiter könnten die in der vorliegenden Studie gefundenen Störungsmuster in der Entstehung von delinquentem Verhalten und in Bezug auf die Begehung erneuter Delikte von Relevanz sein. Vor diesem Hintergrund scheint es notwendig, in Zukunft die Zusammenhänge zwischen komorbider Psychopathologie, deliktischem Verhalten und Rückfallwahrscheinlichkeit bei inhaftierten Jugendlichen zu untersuchen und die Ergebnisse bezüglich Versorgungsmodelle, aber auch Präventionsmodelle zu diskutieren.

## Literatur

- Abram, K. M., Teplin, L. A., McClelland, G. M. & Dulcan, M. K. (2003). Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, 60, (11), 1097-208.
- Achenbach, T. M. (1991). Manual for the Youth Self Report and 1991 Profile. Department of Psychiatry, University of Vermont, Burlington, VT.
- Aebi, M., Winkler Metzke, C., & Steinhausen, H. C. (2009). Prediction of major affective disorders in adolescents by self-report measures. *Journal of Affective Disorders*, 115(1-2), 140-149.
- Aichhorn, A. (1925). Verwahrloste Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung, 43, 551-560. Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Bardone, A. M., Moffitt, T., Caspi, A. & Dickson, N. (1996). Adult mental health and social outcome of adolescent girls with depression and conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 8, 811-829.
- Barkley, R., Fischer, M., Edelbrock, C. & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8 year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557.
- Bessler, C., Eschmann, S., Monteverde, D., Best, T., Czuczor, T., Aebi, M. & Steinhausen, H. C. (2010). Die Befunde jugendstrafrechtlicher Gutachten – eine Herausforderung für die Gesellschaft. *Schweizer Zeitschrift für Kriminologie*, 1, 3-20.
- Biederman, J., Petty, C. R., Monuteaux, M. C., Fried, R., Byrne, D., Mirto, T., Spencer, T., Wilens, T. E. & Faraone, S. V. (2010). Adult psychiatric outcomes of girls with attention deficit hyperactivity disorder: 11-year follow-up in a longitudinal case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 167, (4), 409-417.
- Campbell, S. B. (1991). Longitudinal studies of active and aggressive preschoolers: individual differences in early behavior and outcome. In: D. Cicchetti, S. L. Toth,

- (Eds.), Rochester Symposium on Developmental Psychopathology (57-90). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Carrion, V.G. & Steiner, H. (2000). Trauma and dissociation in delinquent juveniles. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 353-359.
- Cauffman, E., Feldman, S. S., Waterman, J. & Steiner, H. (1998). Posttraumatic stress disorder among female juvenile offenders. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1209-1216.
- Chiles, J. A., Miller, M. L. & Cox, G. B. (1980). Depression in an adolescent delinquent population. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1179-1184.
- Copeland, W. E., Miller-Johnson, S., Keeler, G., Angold, A. & Costello, E. J. (2007). Childhood psychiatric disorders and adult crime: a prospective population based study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1668-1675.
- Crimmins, S. M., Cleary, S. D., Brownstein, H. H., Spunt, B. J. & Warley, R. M. (2000). Trauma, drugs and violence among juvenile offenders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, (1), 43-54.
- Dixon, A., Howie, P. & Starling, J. (2004). Psychopathology in female juvenile offenders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45, (6), 1150-1158.
- Fazel, S., Doll, H. & Langström, N. (2008). Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analyses of 25 surveys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, (9), 1010-1019.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T. & Horwood, L. J. (1996). Comorbidity between depressive disorders and nicotine dependence in a cohort of 16-years-old. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1043-1047.
- Foster, J. J., Barkus, E. & Yavorsky, C. (2006). Understanding and using advanced statistics. London, Thousand Oaks.

- Hipwell, A. E. & Loeber, R. (2006). Do we know which interventions are effective for disruptive and delinquent girls. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 221-255.
- Horowitz, K., Weine, S. & Jekel, J. (1995). PTSD symptoms in urban adolescent girls: compounded community trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1353-1361.
- Huemer J, Karnik NS, Voelkl-Kernstock S, Granditsch E, Dervic K, Friedrich MH, Steiner H. (2009). Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescence Psychiatry and Mental Health*, 3(1):13.
- Kashani, J. H., Manning, G. W., McKnew, D. H., Cytryn, L., Simonds, J. F. & Wooderson, P. C. (1980) Depression among incarcerated delinquents. *Psychiatry Research*, 3, 185-191.
- Krischer MK, Sevecke K, Lehmkuhl G, Pukrop R. (2007). Dimensional assessment of personality pathology in female and male juvenile delinquents. *Journal of Personality Disorder*, 21(6): 675-689.
- Lenssen, S. A. M., Doreleijers, T. A. H., Van Dijk, M. H. & Hartman, C. A. (2000). Girls in detention: what are their characteristics? A project to explore and document the character of this target group and the significant ways in which it differs from one consisting of boys. *Journal of Adolescence*, 23, 287–303.
- Loeber, R., Green, S., Keenen, K. & Lahey, B. (1995). Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 499–509.
- Loeber, R. & Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: effects of age and gender. *Clinical Psychology Review*, 14, 502-502.
- Mannuzza, S. & Klein, R. G. (2000). Long-term prognosis in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics in North America*, 9, (3), 711-726.

- McCabe, K. M., Lansing, A., Garland, A., & Hough, R. (2002). Gender differences in psychopathology, functional impairment and familial risk factors among adjudicated delinquents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 860-867.
- McManus, M., Alessi, N.E., Grapentine, W. L. & Brickman, A. (1984). Psychiatric disturbances in serious delinquents. *Journal of the American Academy of Psychiatry*, 23, 602–615.
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence limited and life-course persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychology Review*, 100, (4), 674-701.
- Mouthén, B. (1984). Contribution to factor analysis of dichotomous variables. *Psychometrika*, 43, (4), 551-560.
- Penn, J. V. & Thomas, C. (2005) Practice parameter for the assessment and treatment of youth in juvenile detention and correctional facilities. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1085-1098.
- Plattner, B., Kraemer, H. C., Williams, R. P., Bauer, S. M., Kindler, J., Feucht, M., Friedrich, M. H. & Steiner, H. (2007). Suicidality, Psychopathology, and Gender in incarcerated adolescents in Austria. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 10, 1593-1600.
- Plattner, B., Silverman, M. A., Redlich, A. D., Carrion, V. G., Feucht, M., Friedrich, M. H. & Steiner, H. (2003). Pathways to dissociation: Intrafamilial versus extrafamilial trauma in juvenile delinquents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, (12), 781-788.
- Plattner, B., Steiner, H., Kraemer, H. C., Bauer, S. M., Kindler, J., Friedrich, M. H., Kasper, S. & Feucht, M. (2009). Sex-specific predictors of criminal recidivism in a representative sample of incarcerated youth. *Comprehensive Psychiatry* 50, 400–407.
- Poe-Yamagata, E. & Butts, J.A. (1996). Female offenders in the juvenile justice system. Washington: DC, US Department of Justice.

- Retz, W., Retz-Junginger, P., Schneider, M., Scherk, H., Henges, G. & Rösler, M. (2007). Suchtmittelgebrauch bei jungen erwachsenen Straftätern mit und ohne Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*, 285-292.
- Robins, L. N. & Regier, D. A. (1991). *Psychiatric disorders in America*. New York: Free Press.
- Ruchkin, V.V., Schwab-Stone, M., Kopolov, R., Vermeiren, R. & Steiner, H. (2002). Violence exposure, posttraumatic stress, and personality in juvenile delinquents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 322-329.
- Rutter, M., Giller, H. & Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people*. New York: Cambridge University Press.
- Salbach-Andrae, H., Klinkowski, N., Lenz, K. & Lehmkuhl, U. (2009). Agreement between youth - reported and parent - reported psychopathology in a referred sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 136-143.
- Schulte, M. T., Ramo, D. & Brown, S. A. (2009). Gender differences in factors influencing alcohol use and drinking progression among adolescents. *Clinical Psychology Review*, 29, (6), 535-547.
- Sevecke, K., Lehmkuhl, G. & Krischer, M. K. (2009). Examining relations between psychopathology and psychopathy dimensions among adolescent female and male offenders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, (2), 85-95.
- Sheehan, D. V., Lecubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.
- Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Shytle, D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J. E., Milo, K. M., Stock, S. L. & Wilkinson, B. (2010). Reliability and Validity of the Mini International

- Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI - KID). *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, (3), 313-326.
- Stattin, H. & Magnusson, D. (1990). Pubertal maturation in female development. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Steiner, H., Garcia, I. G. & Matthews, Z. (1997). Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 357-65.
- Tremblay, R. E., Masse, B., Perron, D., Leblanc, M., Schwartzman, A. E. & Ledingham, J. E. (1992). Early disruptive behavior, poor school achievement, delinquent behavior, and delinquent personality: longitudinal analyses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 64-72.
- Uizen, T. P. M. & Hamilton, H. (1998). The nature and characteristics of psychiatric comorbidity in incarcerated adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 57-63.
- Vermeiren, R., Jaspers, I. & Moffitt, T. (2006). Mental health problems in juvenile justice populations. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 15, 333 – 351.
- Vermeiren, R., Schwab-Stone, M., Ruchkin, V., De Clippele, A. & Deboutte, D. (2002). Predicting recidivism in delinquent adolescent from psychological and psychiatric assessment. *Comprehensive Psychiatry*, 43, (2), 142-149.
- Webster-Stratton, C. H. (1996). Early onset conduct problems: does gender make a difference? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 540-551.
- Widom, C. S. (1989). Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 106, 3-28.



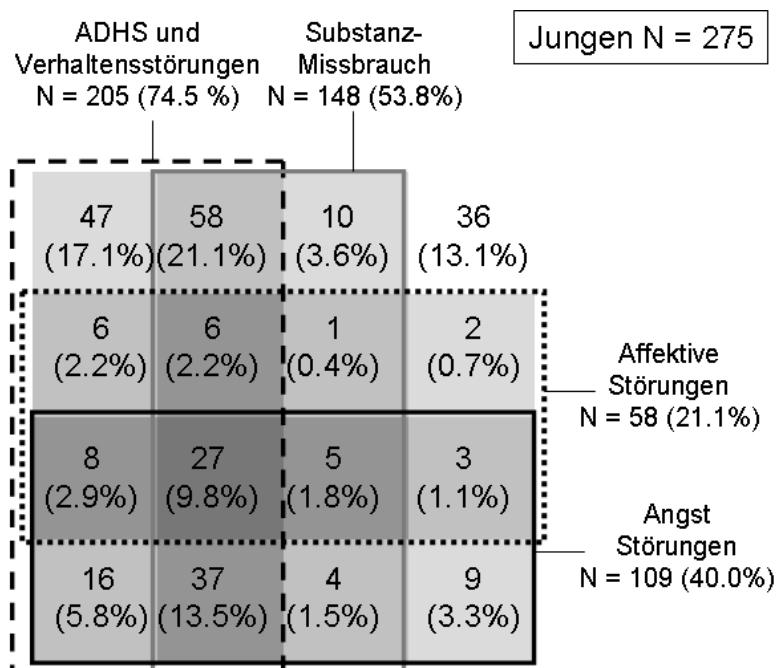


Abbildung 1: Venn-Polyomino-Diagramm der vier psychiatrischen Diagnosekategorien bei den männlichen jugendlichen Untersuchungshäftlingen (N = 275; 82.6%).

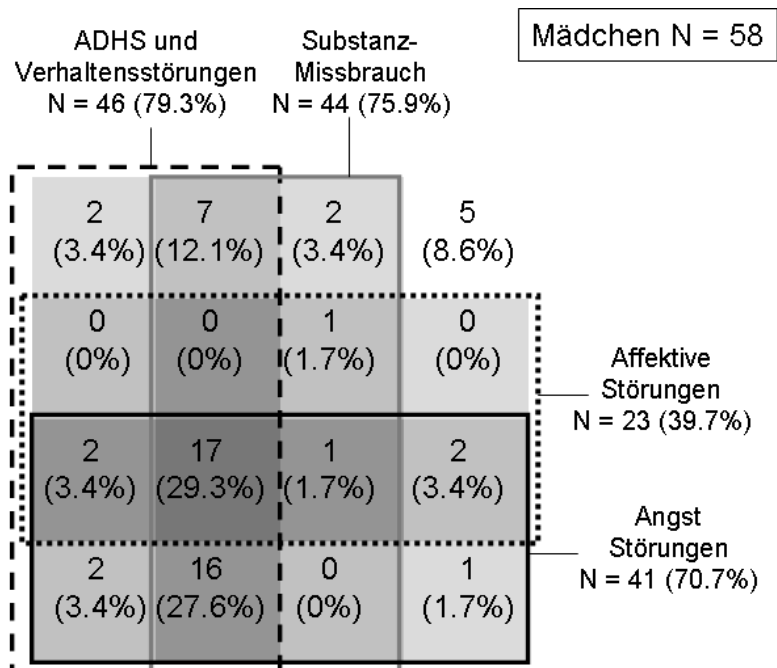


Abbildung 2: Venn-Polyomino-Diagramm der vier psychiatrischen Diagnosekategorien bei den weiblichen jugendlichen Untersuchungshäftlingen (N = 58; 17.4%).

**Tabelle 1.** Anlassdelikte für die Untersuchungshaft bei den männlichen und weiblichen Jugendlichen

|                              | Gesamtstichprobe (N=333) | männliche Jugendliche (N=275) | weibliche Jugendliche (N=58) |
|------------------------------|--------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Eigentumsdelikte             | 112 (33.6%)              | 89 (32.4%)                    | 23 (39.7%)                   |
| Raubdelikte                  | 180 (54.1%)              | 156 (56.7%)                   | 24 (41.4%)                   |
| Delikte gegen Leib und Leben | 29 (8.7%)                | 25 (9.1%)                     | 4 (6.9%)                     |
| Drogendelikte                | 50 (15.0%)               | 31 (11.3%)                    | 19 (32.8%)                   |
| Sonstige Delikte             | 64 (19.2%)               | 49 (17.8%)                    | 15 (25.9%)                   |

**Tabelle 2.** Übersicht der psychischen Störungen nach DSM-IV bei den jugendlichen Untersuchungshäftlingen in der Gesamtstichprobe (N = 333) und bei den männlichen und weiblichen Jugendlichen getrennt mit Angabe der Odds Ratio (OR).

| Störungen  | Gesamtstichprobe (N = 333) | weiblich (N = 58)       | männlich (N = 275)       | weiblich–männlich OR |
|--|----------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------|
| Irgendeine psychiatrische Störung                          | 292 (87.7%)                | 53 (91.4%)              | 239 (86.9%)              | 1.05                 |
| Irgendeine psychiatrische Störung ohne Verhaltensstörungen | 261 (78.4%)                | 51 (87.9%) <sup>a</sup> | 210 (76.4%) <sup>a</sup> | 1.15                 |
| Mind. zwei psychiatrische Störungskategorien               | 219 (65.8%)                | 48 (82.8%)              | 171 (62.2%)              | 1.33                 |
| Mind. drei psychiatrische Störungskategorien               | 119 (35.7%)                | 36 (62.1%)              | 83 (30.2%)               | 2.06                 |
| Mind. vier psychiatrische Störungskategorien               | 44 (13.2%)                 | 17 (29.3%)              | 27 (9.8%)                | 2.99                 |
| Aufmerksamkeits- und Verhaltensstörungen                   | 251 (75.4%)                | 46 (79.3%)              | 205 (74.5%)              | 1.06                 |
| Störung des Sozialverhalten (SV)                           | 227 (68.2%)                | 38 (65.5%)              | 189 (68.7%)              | 0.95                 |
| St des SV mit oppositionellem VH                           | 145 (43.5%)                | 28 (48.3%)              | 117 (42.5%)              | 1.13                 |
| Aufmerksamkeitsstörung                                     | 124 (37.2%)                | 17 (29.3%)              | 107 (38.9%)              | 0.75                 |
| Substanzmissbrauchsstörung                                 | 192 (57.7%)                | 44 (75.9%) <sup>b</sup> | 148 (53.8%) <sup>b</sup> | 1.41                 |
| Alkoholmissbrauch  | 52 (15.6%)                 | 7 (12.1%)               | 45 (16.4%)               | 0.74                 |
| Drogenmissbrauch   | 178 (53.5%)                | 43 (74.1%) <sup>c</sup> | 135 (49.1%) <sup>c</sup> | 1.51                 |
| Affektive Störung  | 81 (24.3%)                 | 23 (39.7%) <sup>b</sup> | 58 (21.1%) <sup>b</sup>  | 1.88                 |
| Majore Depression  | 53 (15.9%)                 | 13 (22.4%)              | 40 (14.5%)               | 1.54                 |
| Dysthymie  | 43 (12.9%)                 | 11 (19.0%)              | 32 (11.6%)               | 1.63                 |
| Angststörung   | 150 (45.0%)                | 41 (70.7%) <sup>c</sup> | 109 (39.6%) <sup>c</sup> | 1.78                 |
| Trennungsangst   | 68 (20.4%)                 | 28 (48.3%) <sup>c</sup> | 40 (14.5%) <sup>c</sup>  | 3.32                 |
| Soziale Phobie   | 21 (6.3)                   | 6 (10.3%)               | 15 (5.5%)                | 1.90                 |
| Generalisierte Angst                                       | 50 (15.0%)                 | 15 (25.9%) <sup>a</sup> | 35 (12.7%) <sup>a</sup>  | 2.03                 |
| Posttraumatische Belastungsstörung                         | 100 (30.0%)                | 31 (53.4%) <sup>c</sup> | 69 (25.1%) <sup>c</sup>  | 2.13                 |

Unterschiede in den Häufigkeiten der Geschlechter: a =  $\chi^2$ -Test ist signifikant  $p < 0.05$ ; b =  $\chi^2$ -Test ist signifikant  $p < 0.05$ ; c =  $\chi^2$ -Test ist signifikant  $p < 0.05$ .

**Tabelle 3.** Faktorstruktur der psychiatrischen Störungen bei den männlichen und weiblichen Jugendlichen

|                                    | männliche Jugendliche (N = 275) |          |          | weibliche Jugendliche (N = 58) |          |          |          |
|------------------------------------|---------------------------------|----------|----------|--------------------------------|----------|----------|----------|
| Störungen                          | Faktor 1                        | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 1                       | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 |
| Eigenwert                          | 2.674                           | 1.650    | 1.099    | 2.503                          | 1.665    | 1.348    | 1.048    |
| Varianzaufklärung                  | 24.31%                          | 15.00%   | 9.99%    | 22.76%                         | 15.14%   | 12.25%   | 9.53%    |
| Störung des Sozialverhaltens       | .771                            |          |          |                                | .821     |          |          |
| Oppositionelle Verhaltensstörung   | .709                            |          |          |                                | .804     |          |          |
| Aufmerksamkeitsstörung             | .731                            |          |          |                                |          | .661     |          |
| Alkoholmissbrauch                  |                                 |          | .752     |                                |          |          | .819     |
| Drogenmissbrauch                   | .572                            |          |          |                                | .430     | .639     |          |
| Majore Depression                  |                                 | .664     |          |                                |          | .597     |          |
| Dysthymie                          |                                 | .694     |          | .646                           |          |          | .516     |
| Trennungsangst                     |                                 |          | .466     | .483                           |          |          |          |
| Soziale Phobie                     |                                 | .471     |          | .691                           |          |          |          |
| Generalisierte Angst               |                                 | .659     |          | .723                           |          |          |          |
| Posttraumatische Belastungsstörung |                                 |          | .576     |                                | .452     | .511     |          |

Anmerkung: Nur Faktorladungen >.400 sind aufgeführt.